

ش
م
الكرمين

خونریزیهای نیمه اول بارداری

مدرس: فاطمه رنجکش

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

اهداف

- سقط :
- تعاریف انواع سقط ، علل ، عوامل خطرآن را توضیح دهد.
- اقدامات تشخیصی در سقط را شرح دهد.
- اقدامات درمانی و مراقبتی در موارد سقط توضیح دهد.
- بارداری نابجا :
- تعریف حاملگی خارج رحمی ، علل و عوامل خطر، علائم بارداری نابجا را توضیح دهد.
- روشهای تشخیصی ، روشهای درمانی بارداری نابجا را شرح دهد.
- اقدامات مراقبتی در برخورد با حاملگی خارج رحم شرح دهد.
- روش های درمانی در بارداری نابجا را شرح دهد.
- مول هیداتیدفرم
- انواع بیماری های تروفوبلاستیک بارداری را نام ببرد.
- انواع مول را تعریف کند.
- علائم بالینی مول را شرح دهد.
- روش های تشخیصی مول هیداتید فرم را توضیح دهد.
- روش های درمانی در مول را نام ببرد.
- فرایند پیگیری مول هیداتید فرم را بعد از سقط و زایمان طبیعی را شرح دهد.

خونریزی های دوران بارداری

۱- خونریزی های نیمه اول :

- خونریزی لانه گزینی

- سقط

- مول هیداتیفرم

- حاملگی نابجا

۲- خونریزی های نیمه دوم:

- جفت سرراهی

- دکولمان جفت

Abortion

- مرگ یا خارج شدن جنین به طور خودبخود یا توسط القا قبل از هفته ۲۰ بارداری یا جنین کمتر از ۵۰۰ گرم را سقط جنین می گویند.
- انواع سقط :

۱- زودرس قبل از ۱۲ هفته بارداری (۸۰٪)

۲- دیررس از ۱۲ تا ۲۰ هفته بارداری

- Blighted ovum تخم پژمرده

عوامل خطر سقط

- علل جنینی

- علل مادری

تقسیم بندی بالینی سقط خودبخود

- تهدید به سقط
- سقط ناقص
- سقط کامل
- سقط فراموش شده
- اجتناب ناپذیر
- سقط سپتیک (عفونی)

سقط راجعه

سه یا بیش از سه بار سقط پی در پی

اتیولوژی: اختلالات کروموزومی والدین، عوامل ایمونولوژیک،

اختلالات ساختاری و آناتومیک، عوامل اندوکراین

سقط در سه ماهه دوم

• علل:

• ناهنجاری های جنینی

• نقایص رحمی (نارسایی سرویکس)

• علل جفت

• اختلالات مادری

تظاهرات باليني در سقط

- خونريزي واژينال
- درد وكرامپ شكمي
- دفع نسج از واژن
- تب و لرز
- شوك هيپوولميك در خونريزي شديد
- اختلال انعقادي

تشخيص

- ارزيابي اوليه
- شرح حال ، تشخيص قطعي بارداري و معاينه شکم و لگن
- سونوگرافي

اقدامات مراقبتی - درمانی

- در تهدید به سقط
- سقط غیر قابل اجتناب یا ناکامل : بستری و تخلیه
- سقط کامل : بررسی سونوگرافیک و آزمایشگاهی
- تخمک Blighted وسقط فراموش شده: بستری و تخلیه
- سقط عفونی : بستری ،آنتی بیوتیک و تخلیه

اقدامات مراقبتي درماني

- ارسال آزمایشات
- رگ گیری در صورت خونریزی شدید
- تعیین Rh و تزریق رگام در صورت نیاز
- بررسی حجم ادرار
- ارزیابی خون از دست رفته و تزریق محلولهای کریستالوئیدی و خون در صورت نیاز
- بررسی علائم حیاتی و شروع آنتی بیوتیک در صورت تب
- در صورت دفع نسج ارسال نمونه پاتولوژیک
- در صورت باز بودن دهانه رحم انتقال به اتاق عمل جهت تخلیه
- حمایت های روانی عاطفی از والدین

سقط القایی

- سقط درمانی
- ختم بارداری به روش های طبی و یا جراحی قبل از کسب قابلیت حیات جنین به علل مادری یا جنینی

روش های سقط در سه ماهه اول

- سقط جراحی (کورتاژ، دیلاتاسیون کورتاژ ساکشنی)
- عوارض: سوراخ شدن رحم، چسبندگی، خونریزی، تخلیه ناقص و عفونت
- سقط طبی (سن بارداری کمتر از ۶۳ روز)

روش های سقط در سه ماهه دوم

- روش های جراحی (کورتاژ، لاپاراتومی و هیستروتومی)
- سقط طبی

- پیش آگهی سقط

- نیمی از زنان با خونریزی در اوایل بارداری سقط می کنند.

- اگر بارداری ادامه یابد خطر زایمان زودرس و پاره‌گی زودرس پرده ها وجود دارد.

- اگر سقط مکرر نباشد خطر سقط در آینده نیست.

- انتخاب روش پیشگیری

- ۸ روز تا ۳ هفته پس از سقط تخمک گذاری از سر گرفته می شود

- لزوم استفاده از یكروش مطمئن پیشگیری از بارداری بلافاصله پس از سقط ضروری است.

هایلایت
 باید زیاد مطالعه کنید تا
 بدانید که «هیچ»
 نمی دانید!



شارل دو مونتسکیو

متفکر فرانسوی

1689 - 1755



ECTOPIC PREGNANCY

بارداری نابجا

بارداری که لانه‌گزینی جنین در خارج از
آندومتر صورت بگیرد

بارداری نابجا

- شیوع ۲٪ حاملگی های ۳ ماهه اول و ۶٪ مرگ مرتبط با

بارداری

- انواع :

- معمول درلوله (۹۵٪)

- هتروتوپیک (بارداری رحمی و خارج رحمی همزمان)

عوامل خطر بارداری نابجا

- آناتومی غیر طبیعی لوله، جراحی های صورت گرفته برای بارداری لوله ای قبلی، و بازگرداندن باروری یا عقیم سازی لوله ای بیشترین خطرا دارند.
- سابقه بیماری های آمیزشی یا سایر عفونت های لوله ای،
- چسبندگی دور لوله ناشی از سالپنژیت، آپاندیسیت یا آندومتریوز،
- ناباروری، و استفاده از روش های کمک باروری ART ،
- استعمال دخانیات،
- قرار گرفتن در معرض دی اتیل استیل بسترول DES در زمان جنینی

علل افزایش بارداری نابجا

- افزایش شیوع عفونتهای مقاربتی
- تشخیص زودرس بارداری نابجا
- مقبولیت روش های جلوگیری از بارداری
- استفاده از روش عقیم سازی لوله ای
- استفاده از روش های کمک باروری
- استفاده از روش های جراحی لوله ای

بارداری لوله ای

- ۹۵٪ در لوله است
- امپول شایعترین محل است سایر محل ها، ایسم، بینابینی و حتی فیمبریا
- نوع بینابینی و شاخ رحمی حدود ۲٪ را به خود اختصاص می دهند و پارگی تا ۱۲-
۱۶ هفتگی اتفاق نمی افتد
- عواقب بارداری لوله ای:
 - سقط
 - پارگی لوله
 - بارداری شکمی
 - بارداری داخل رباطی پهن

تظاهرات بالینی

- علائم مبهم و حتی وجود ندارد
- بطور کلی علائم شامل
- درد شکمی لگنی (۹۵٪)
- خونریزی واژینال (۶۰-۸۰٪)
- حساسیت شکمی و لگنی
- تغییرات رحمی
- تغییر در علائم حیاتی و شوک هیپوولمیک

تشخیص

- تستهای آزمایشگاهی
- سنجش BHCG (۹۹٪+)
- میزان پروژسترون سرم
- سونوگرافی
- سونوگرافی شکمی
- سونوگرافی ترانس واژینال
- کولدو سنتز
- تشخیص به کمک چند روش
- تشخیص لاپاروسکوپیک

اقدامات مراقبتي درماني در زمان مراجعه

- شرح حال و معاینه بالینی
- ارزیابی شوک هیپوولمیک
- رگ گیری
- ارسال آزمایشات
- تعیین Rh و تزریق رگام در صورت نیاز
- سوندادراری
- جذب و دفع مایعات ثبت شود
- بستری و NPO

درمان

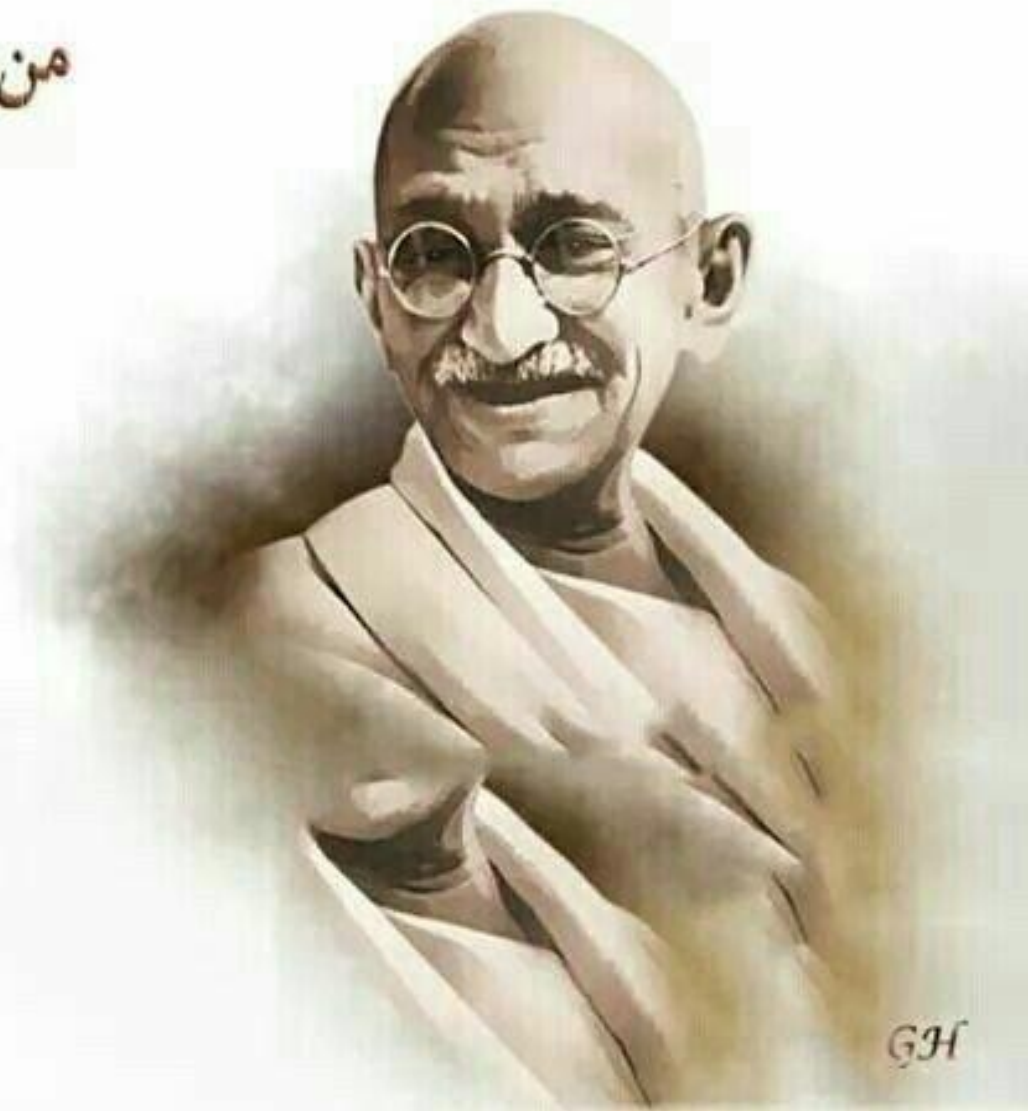
- درمان جراحی
- ارزیابی تروفوبلاست پایدار:
- ۲۰ روز بعد از جراحی میزان BHCG منفی می شود.

درمان طبی

- درمان طبی: متوترکسات
- انتخاب بیمار
 - بدون علامت بالینی و راغب به درمان طبی
 - سطح ابتدایی BHCG سرم کمتر از ۱۵ هزار
 - اندازه بارداری نابجا اندازه کمتر از ۳/۵ سانت
 - عدم وجود فعالیت قلب جنین
- عوارض: درگیری کبد، استوماتیت، گاسترو انتریت
- اسیدفولیک اثر متوترکسات را کاهش می دهد.
- کنترل درمان با ارزیابی BHCG است.

من فقط به جنبه های خوب
انسان ها توجه می کنم.
از آنجایی که خودم
بی عیب و نقص نیستم،
علاقه ای به کشف
خطاهای دیگران ندارم.

گاندی



بیماری تروفوبلاستیک GTN

- طیفی از پرولیفراسیون غیرطبیعی بافت تروفوبلاستیک به هنگام بارداری می باشد.
- تومورهای مولی خوش خیم
- تومورهای غیرمولی (نئوپلازی غیرتروفوبلاستیک بارداری)

مول هیداتیدفرم

- تکثیر تروفوپلاستیک و ادم استرومای پرز، خوش خیم
- انواع : کامل ، ناقص
- عوامل خطر ساز
- سن و سابقه مول، نژاد

مول کامل

- تورم استرومای پرزی و تغییرات هیدروپیک پرزها، بدون جنین
- معمولاً کاریوتایپ 46xx و ناشی از آندروژنز، با شیوع کمتر 46xy ناشی از دی اسپرمی
- پتانسیل بدخیمی ۱۵ تا ۲۰٪
- کیست تکالوتئینی در ۲۵ تا ۳۰٪
- عوارض طبی (پره اکلامپسی، تیروتوکسیکوز) بالاتر

مول ناقص

- تغییرات موضعی و پیشرفت کمتری دارند
- تریپلوئیدی 69xxx یا 69xxy
- جنین وجود دارد
- اندازه رحم طبیعی یا کوچک
- کیست تکا کمتر دیده میشود
- احتمال بدخیمی ۵ تا ۱۰% و عوارض طبی کمتر شایع
- احتمال نوع متاستاتیک در زنان دارای کیست و BHCG بالاتر بیشتر است

علائم و تشخیص

- سیر بالینی
 - رشد رحم
 - BHCG
 - آمنوره
 - تهوع و استفراغ شدید
 - خونریزی
 - پره اکلامپسی و تیروتوکسیکوز
 - دفع خودبخودی مول پس از ۱۶ هفتگی
- نمای سونوگرافیک (توده رحمی اکوژن با فضاهاى کیستیک فراوان، کولاک برف)

اقدامت مراقبتي

- شرح حال و معاینه بالینی

- ارسال آزمایشات (تستهای خونی ، کبدی، انعقادی، تیروئید و اندازه گیری تیتر از BHCG، گروه خون و کراس میچ)

- بستری

- عکس ریه

- IV و کنترل IO

- ارزیابی سونوگرافی

اقدامت درماني

- کورتاژ مکشی درمان اصلی

- هیستروکتومی

- پیگیری

- شیمی درمانی

پیگیری

- تزریق روگام در صورت ارهاش منفی
- جلوگیری از بارداری
- اندازه گیری BHCG
- ۴۸ ساعت بعد و سپس هفتگی تا ۳ هفته، که باید روند کاهشی داشته باشد.
- سپس ماهیانه تا ۶ ماه
- در مول کامل ۹ و در مول ناقص ۷ هفته بعد از تخلیه BHCG منفی می شود.
- در صورت عدم کاهش وثابت ماندن و یا افزایش BHCG شیمی درمانی لازم است.



فردوسی

زِ روزِ گذر کردن، اندیشه کن
پرستیدنِ دادگر، پیشه کن
به نیکی کرامی و میازار کس
رَوِ رستگاری، بهمین است و بس